

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1921-1922. — N° 73

TRAITEMENT

Des Ulcérations tuberculeuses de la Peau et des Muqueuses

Par les Rayons X

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Janvier 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

J. PARET

Né le 3 mars 1894, à Saint-Colomban-des-Villards (Savoie).



TRÉVOUX
IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1922

TRAITEMENT
DES ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES
PAR LES RAYONS X



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553220_0076

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1921-1922. — N° 73

TRAITEMENT

Des Ulcérations tuberculeuses de la Peau et des Muqueuses

Par les Rayons X

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Janvier 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

J. PARET

Né le 3 mars 1894, à Saint-Colomban-des-Villards (Savoie).



TRÉVOUX
IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	M. HUGOUNENQ.
Doyen.....	MM. J. LEPINE.
Assesseur.....	ROQUE.

Professeurs honoraires

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

Professeurs

Cliniques médicales.....	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		BERARD.
Clinique neurologique et psychiatrique.....		COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		LEPINE (J.).
Clinique des maladies des voies urinaires.....		WEILL.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		POLLOSSON (A.)
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....		LANNOIS.
Chimie biologique.....		ROCHET.
Chimie organique et toxicologie.....		NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et histologie.....		MOREAU.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		LATARJET.
Pathologie et thérapeutique générales.....		POLICARD.
Anatomie pathologique		DOYON.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		MOURIQUAND.
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....		VILLARD.
Thérapeutique		ARLOING (F.).
Pharmacologie.....		ETIENNE MARTIN.
		COURMONT (P.).
		PIC.
		FLORENCE (A.).

Professeurs titulaires sans chaire

Chargé d'un cours de	Pathologie externe.....	VALLAS.
—	Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
—	Chimie minérale.....	BARRAL.
—	Urologie	GAYET.

Chargés de cours complémentaires

Anatomie topographique.....	PATEL.
Botanique.....	BRETIN.
Embryologie.....	HUVELACQUE.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	GARIN.	DURoux.	CORDIER.
BRETIN.	SAVY.	HUVELACQUE.	ROUBIER.
LERICHE.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
THEVENOT (Léon).	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT.	MURARD.
TAVERNIER.	PIERY.	FLORENCE (G.)	BONNET.
CADE.	COTTE.	ROCHAIX.	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, *Président*; NOGIER, *Assesseur*;
MM. SAVY, *agré*gé; FAVRE, *agré*gé.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE
ET DE MES SŒURS

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MES FRÈRES ET SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARJON

Médecin des Hôpitaux

Qui a bien voulu m'inspirer cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon]

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

*En remerciement du grand honneur
qu'il lui a plu de me faire en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MES JUGES

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE LYON

INTRODUCTION

C'est en suivant les consultations de Monsieur le docteur Barjon, médecin des hôpitaux et chargé du service de radiologie à la Charité, que nous eûmes l'idée de faire un modeste travail sur le traitement des ulcérations tuberculeuses de la peau et des muqueuses par les rayons X.

Depuis fort longtemps, Monsieur le docteur Barjon applique au traitement de cette affection l'action des rayons de Röntgen ; la grande proportion de succès, leur rapidité, leur durée, enfin l'absence, nous pouvons dire complète, d'accidents, font toute la valeur de cette thérapeutique. Venant après une infinité d'autres — d'un ordre différent — ce mode de traitement a trouvé jusqu'ici une large application dans des cas où toute médication avait échoué, soit pour impuissance, soit parce que trop longue et décourageante pour le malade.

Nous avons divisé notre étude en deux parties. Dans la première, nous ferons une revue rapide des

nombreux traitements employés jusqu'ici, avec ténacité, dans les ulcérations tuberculeuses de la peau et des muqueuses ; nous ajouterons un mot sur leur résultat.

Dans la seconde partie, nous exposerons la méthode qui nous a valu les résultats relatés ensuite.

Nous établirons, en dernier lieu, un court parallèle entre les résultats obtenus par l'action des rayons X dans les affections tuberculeuses ulcérées et ceux obtenus dans les affections fermées, exemple le lupus.

Nous prions Monsieur le docteur Barjon de vouloir bien accepter nos remerciements, pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner dans cette étude, et pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli, il y a plusieurs années déjà, à ses savantes et si intéressantes consultations.

Monsieur le docteur Chassard a bien voulu s'intéresser à notre travail, nous lui en exprimons notre vive reconnaissance.

Nous sommes heureux d'adresser à tous nos maîtres de la Faculté de médecine et des hôpitaux de Lyon, l'hommage de notre profonde gratitude.

A tous nos amis, qui nous ont aidé et encouragé pendant nos études, nous disons merci de tout cœur.

Que Monsieur le Professeur Tixier veuille bien agréer nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Ulcérations tuberculeuses typiques et atypiques.

Les lésions produites par le bacille de Koch, sur la peau, se présentent sous les formes les plus variées. Aussi a-t-on dû les classer pour les différencier, bien que leur cause soit la même.

Nous diviserons les tuberculoses cutanées en :

1° Lésions tuberculeuses primitives, évoluant indépendamment des lésions de voisinage et souvent isolément, comprenant :

- a) Le tubercule anatomique ;
- b) La tuberculose verruqueuse ;
- c) Le lupus tuberculeux ;

d) L'ulcère tuberculeux.

II° Lésions tuberculeuses secondaires, succédant à une lésion sous-jacente, d'où les bacilles sont arrivés aux téguments, exemple tuberculoses secondaires à des ostéites, adénites ou synovites tuberculeuses.

Toutes ces lésions ne se ressemblent guère, selon qu'elles existent dans le tissu cellulaire sous-cutané ou selon qu'elles se présentent sous les formes de nodosités, de lupus, etc...

Bien plus, on trouve, parfois, dans une même variété, des différences d'évolution assez grandes pour masquer, derrière des allures cliniques particulières, la communauté d'origine de ses formes.

Nous ne nommerons — de ces variétés de lésions — que l'ulcération tuberculeuse, qui fait l'objet de notre travail. Il est classique aujourd'hui de distinguer les ulcérations tuberculeuses typiques et les ulcérations atypiques.

Monsieur Vallas, dans sa thèse de 1887, a donné, de la première, une description qui reste vraie de nos jours ; nous en dirons un mot, parce que telle est la forme sous laquelle nous avons trouvé la majeure partie des cas faisant l'objet de nos observations.

L'ulcération tuberculeuse typique a pour siège d'élection le pourtour des orifices naturels, bouche et anus, (nous avons cité des cas de localisation à ces différents endroits (observ. IV, VIII) ; les doigts, la main représentent ensuite le siège le plus fréquent (nous avons également des observations de ce cas).

Sur les autres parties du corps, elles sont rares et se répartissent au hasard, sans paraître suivre aucune règle bien déterminée. Nous faisons abstraction, pour l'instant, du siège des ulcérations dites « secondaires » dans notre classification, et dont le lieu d'élection est toujours déterminé par la lésion originelle.

Compagnon fréquent de la tuberculose pulmonaire, l'ulcération tuberculeuse ne comporte pas nécessairement la coexistence de cette dernière, ni d'une tuberculose viscérale quelconque.

Il semble même, dans certains cas, qu'une tuberculose viscérale vaccine son porteur contre une manifestation extérieure de cette affection ; et cela expliquerait, dans une certaine mesure, la proportion relativement faible d'ulcères sur les terrains manifestement infectés par le bacille de Koch.

Chacun sait que, dans le cas de trachéotomie, pour sténose laryngée, de nature bacillaire, la fistule ne s'ulcère jamais, en dépit des torrents de pus microbifère auquel elle livre passage, mais qu'au contraire, elle se cicatrice facilement.

Nous ne saurions rejeter toutefois la relation de cause à effet qui préside à la formation de certains ulcères, de la langue par exemple, ou des muqueuses anale, buccale ou labiale, ulcères développés chez des phtisiques avérés : soit résultat de l'infection générale de l'organisme, soit, plus vraisemblablement, pour raison de contact incessant du microbe avec ces tissus, l'origine de telles lésions paraît indiscutable.

D'autre part, il n'est pas moins vrai que certaines personnes, non suspectes de bacillose pulmonaire, peuvent, à un moment, à la faveur d'une éraillure, d'une excoriation, d'une plaie, s'infecter par des produits bacillifères et se trouver, quelque temps après, porteur d'un ulcère tuberculeux, qui aura son évolution ordinaire : médecins, chirurgiens, garde-malades sont des exemples fréquents de ce cas.

Enfin, comme troisième et dernier mode de formation d'ulcères, nous avons l'ulcère secondaire à une lésion immédiatement sous-jacente. Nous avons relaté, dans notre étude, des cas de ce genre. On conçoit fort bien, en effet, qu'un sujet porteur d'une tuberculose locale, ganglionnaire, osseuse, articulaire, ou synoviale, présente, en l'absence de tout autre manifestation viscérale, une ulcération de la région cutanée, située immédiatement au-dessus, à la suite d'une poussée, pour ainsi dire, du bacille, de dedans en dehors.

Variable dans son mode de formation, l'ulcération tuberculeuse ne l'est pas moins dans ses aspects cliniques. C'est ici que la distinction en typique et atypique, dont nous avons parlé, trouve sa meilleure confirmation.

De forme tantôt ovalaire, tantôt circulaire ou polycyclique, l'ulcère tuberculeux typique se présente sous des dimensions allant de quelques m/m — quand il siège aux muqueuses — à huit ou dix centimètres, quand il est taillé dans l'épiderme. Nous avons rapporté une observation où il atteignait la dimension de la paume de la main (observ. I).

Les bords, tantôt taillés à pic, tantôt décollés, ont une coloration livide et violacée.

Le fond, en général peu profond, est granuleux, inégal, présentant souvent des bourgeons charnus, d'une coloration gris rougeâtre, avec un pointillé de petites taches jaunâtres caractéristiques : grains jaunes de Trélat, variant du volume d'un point à celui d'une tête d'épingle.

On rencontre parfois, à la périphérie de la lésion principale, un semis de granulations tuberculeuses satellites qui, évoluant comme la lésion principale, vont donner de nouveaux ulcères tuberculeux typiques. C'est par la réunion, par la confluence de ces derniers que s'accroissent les lésions, et, comme ces formes satellites sont surtout abondantes aux membres, on s'explique la plus grande dimension habituelle des ulcérations tuberculeuses typiques à ce niveau. La peau qui entoure l'ulcère typique ne présente aucun trouble de sensibilité, ni anesthésie, ni hyperesthésie.

Les caractères douloureux, dans l'affection typique, sont constants et souvent intenses, allant parfois jusqu'à gêner dans l'usage de la parole, quand la lésion siège à la langue ou aux lèvres.

Les ganglions lymphatiques de la région peuvent être engorgés : M. Vallas considère ces cas comme exceptionnels.

L'évolution enfin est toujours lente et présente comme caractéristique d'être rebelle à toute cicatrisation spontanée.

L'examen microscopique révèle régulièrement une

grande quantité de bacilles de Koch, et l'inoculation au cobaye est toujours positive.

A côté de cette forme clinique, normale, classique, nous trouvons, mais plus rare, la forme atypique, qu'il convient de connaître et dont nous dirons un mot pour justifier la distinction que nous avons faite ci-dessus et parce qu'elle ne nous paraît pas étrangère au traitement radiothérapique.

MM. Darier et Lévy-Brühl en ont décrit un exemple intéressant ; de son côté, M. Brault, à la séance du 2 mai 1912, de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, et, plus récemment encore, le docteur Notton, dans sa thèse de 1920, au sujet d'un cas relevé dans le service de M. le professeur Favre, à l'Hôtel-Dieu, nous ont donné des détails très complets sur cette deuxième forme d'ulcération tuberculeuse.

Il ne saurait être question d'assigner ni une forme déterminée ni des dimensions à peu près fixes à l'affection dont nous voulons dire succinctement les caractères. Tantôt arrondie, tantôt ovale, polycyclique (thèse de Lévy-Brühl), elle apparaît parfois comme un très large placard, occupant toute une région, témoin l'ulcération phagédénique vulvaire, de nature tuberculeuse, dont parle M. Brault, qui occupait la région clitoridienne, toutes les grandes lèvres, descendant jusqu'à la fourchette et gagnant le vagin.

Non moins intéressante nous apparaît l'observation d'ulcère relevée dans le service de M. le Professeur Favre, décrivant une lésion occupant toute la

région du creux sus-claviculaire, où elle avait disséqué les muscles de l'endroit, empiétant sur la région sous-claviculaire, mesurant à peu près sept à huit centimètres dans ses deux diamètres.

Les bords sont généralement irréguliers, déchiquetés, tantôt en pente douce, tantôt à pic ou décollés.

Le fond est habituellement régulier, mais présente parfois des bourgeonnements charnus. Notons principalement l'absence complète de grains jaunes de Trélat, aussi bien sur les bords qu'au centre, et la présence d'une suppuration appréciable siégeant au fond de la plaie.

Le pourtour de l'ulcération est très peu violacé dans le cas rapporté par Notton, un mince liséré par endroits, et rien autre ; la base est le siège d'une infiltration marquée dans le cas de phagédénisme de M. Brault, accompagnée d'un œdème pseudo-éléphantiasique.

Contrairement à l'ulcère typique, il est à remarquer que dans le cas de Lévy-Brühl, l'ulcère atypique n'est le siège d'aucune douleur ni spontanée, ni provoquée ; dans les cas de Notton et Brault, elle est au contraire très vive.

L'engorgement ganglionnaire est nul ou peu marqué, tant du côté de l'ulcération que du côté opposé, dans le cas de Notton et de Lévy-Brühl ; très marqué, au contraire, dans le cas de M. Brault.

Le siège de l'ulcération ne correspond plus aux indications que nous avons données pour les ulcérations typiques.

Le terrain sur lequel elle se développe paraît notablement changé ; on trouve habituellement un état de cachexie très avancée.

L'évolution, lente dans le cas de Lévy-Brühl, est, au contraire, très rapide dans le cas de MM. Brault et Notton.

Enfin, la biopsie décèle du bacille de Koch en abondance, mais, ici, et c'est la particularité intéressante à noter, nous le trouvons associé au streptocoque (cas de Notton), au pyocyanique et au streptocoque (cas de Brault).

CHAPITRE II

Les différents traitements des ulcérations tuberculeuses avant l'emploi des rayons X.

Le traitement, ou plutôt les traitements des affections tuberculeuses de la peau ont été l'objet de fort nombreux travaux, de patientes et longues recherches. Dans tous les cas, on ne négligera point le traitement général qui est un puissant adjuvant de la guérison et qui met à l'abri des récidives. On donnera la préférence à l'huile de foie de morue à haute dose, aux arsenicaux, aux iodiques, au chlorure de sodium ; on accordera peu de confiance à la créosote ; les injections, les onctions de vaseline iodoformée ont donné de bons résultats au docteur Morel-Lavallée.

On se trouvera bien des eaux iodurées de Challes, des eaux sulfureuses et chlorurées sodiques d'Uriage,

des eaux chlorurées sodiques de Salie-de-Béarn et des eaux arsenicales de la Bourboule. En été, on conseillera les bains de mer et les bains de sable sur les plages.

Passer en revue, sans en omettre, les différents modes de traitement externe employés jusqu'à cette date, nous paraît difficile ; tous les caustiques ont été utilisés, tous les antibacillaires, les antiseptiques les plus divers ont été appliqués, plusieurs ont donné des résultats, aucun ne s'est révélé spécifique.

Parmi les caustiques, nous indiquerons ceux qui paraissent avoir donné les meilleurs résultats et auxquels on pourrait avoir recours, à la rigueur, en cas d'impossibilité des moyens radiothérapiques que nous conseillons.

L'arsenic a été très employé ; les douleurs toutefois qu'il occasionne le rendent peu supportable et les larges surfaces ulcérées en favorisent l'action toxique.

L'iode et ses composés ont été à l'honneur de tout temps et ont donné quelques beaux résultats ; une application longtemps en vogue a été celle sous forme de glycérine iodée :

Iode pur	à
Teinture d'iode	5 gr.
Glycérine	10 gr.

Le nitrate d'argent, soit en solution, soit sous forme de crayon, est le caustique le plus répandu.

L'acide pyrogallique semblant s'attaquer au tissu morbide seul et agir dans les cas de lésions superficielles, l'acide chrysophanique, la chrysarobine

agissant identiquement, le chlorure de zinc à action presque élective dans les tuberculoses osseuses, l'acide lactique et, tout récemment, l'injection de cyanure d'or et de potassium ont été tour à tour appelés à produire la cicatrisation de plaies rebelles.

Parmi les parasitocides, l'ichtyol, l'acide salicylique, seuls ou associés, ont donné des guérisons momentanées. Le sublimé a été le plus employé des bactéricides, soit sous forme de pansements humides avec une solution au millième, soit sous forme de pommade (1 gr. de sublimé pour 100 gr. de vaseline), soit encore en emplâtre de Vigo.

Le calomel fit grand bruit, avec Fournier et son école, dans le traitement du lupus, en particulier, et des autres formes de tuberculose cutanée en général. En décembre 1897, Pavie, alors interne du service de Fournier, publie une série d'observations de cette affection traitée avec succès par l'injection intramusculaire de calomel à la vapeur, à doses successives de 0,10 centigrammes d'abord et 0,05 centigrammes trois semaines plus tard.

Malheureusement, la méthode ne tint pas sa promesse ; c'est à cette occasion que Verrotti écrivit :

« L'action du calomel sur le lupus et toute autre forme de tuberculose cutanée n'a rien de spécifique ; elle ne produit du reste aucun effet sur l'élément anatomique primitif. Par contre, le calomel a une action délétère, il diminue le taux de l'hémoglobine, le chiffre des hématies et produit de la leucocytose ».

Le sérum de chien tuberculeux, avec Broca et Charrin, aurait donné des résultats passagers.

Le sérum de Maragliano donna quelque espoir par ses heureux effets sur le poids du malade et l'augmentation du nombre des globules rouges ; on dut toutefois reconnaître que là se bornaient ses effets.

Lenitrate de mercure en badigeonnage : mercure 1
à. azotique 2
puis pommade avec : oxyde de zinc.

azotate d'argent

baume du Pérou

aurait donné à Feibes une guérison définitive en 25 jours.

Le permanganate de potasse connu lui aussi une heure de vogue. C'est ainsi que nous le trouvons faisant partie d'une médication associé avec la glycérine iodoformée, la térébenthine, la poudre Lucas-Championnière, le naphtol camphré, l'éther iodoformé, enfin la pommade de bougie stéarique et naphtol camphré, ainsi que l'a préconisé Calot, ou bien employé isolément en badigeonnage : préparation de Danlos ; Permanganate de potasse /àà
Gélatine

ou en injection hypodermique, comme Gantois en rapporte plusieurs cas heureux.

Quels qu'aient pu être les résultats observés par Gantois, passagers ou de longue durée, isolés ou constants, à la suite de l'emploi du permanganate de potasse, il n'est pas sans intérêt de lire, à ce sujet, l'opinion de certains dermatologistes, au cours des années qui ont suivi. « Nous ne saurions nous élever avec trop d'énergie, écrivaient Leredde et Pautrier, contre l'affirmation du caractère vraiment curatif de

ce corps. Si le permanganate peut guérir une lésion tuberculeuse, nous serons toujours convaincus qu'il s'agira d'une lésion spontanément curable. Le permanganate, appliqué soit en solution soit en poudre, ne peut agir que comme antiseptique sur la surface souvent infectée de l'affection tuberculeuse, l'état végétant peut ainsi disparaître et l'épidermisation se faire, il ne saurait toutefois être question d'un processus de guérison. Le permanganate de potasse est incapable d'amener la guérison d'une dermatose d'origine tuberculeuse ».

Nous ne voudrions passer sous silence toutes les promesses nées de la tuberculine de Koch. Des expériences furent faites à l'hôpital St-Louis, de novembre 1890 à janvier 1891, et nous ne pouvons mieux faire que de donner les conclusions présentées par le Dr Besner, de la Société de dermatologie, au nom des médecins de l'hôpital St-Louis.

« Dans les tuberculoses tégumentaires en général, l'inoculation de l'extrait glycérimé des cultures sèches et pures de bacilles de Koch produit une action dont l'effet le plus prochain est une réduction temporaire, une atténuation momentanée des tissus tuberculisés.

« Sous le rapport curatif, cette action du remède, même répétée jusqu'à tolérance, est insuffisante pour amener la guérison, dans l'immense majorité des cas, elle n'est ni supérieure, ni même égale aux procédés de traitement ordinaire.

« Mais dans tous les cas, sans exception, quelque faible que soit la dose de toxine injectée, l'action

locale ne peut s'obtenir sans une fièvre, éphémère, mais d'intensité impossible à prévoir et qui, même avec les petites doses, peut amener la mort du malade.

« Dans les cas où le danger n'atteint pas ces limites, le malade est exposé à des accidents graves, prolongés ou définitifs, particulièrement du côté du système circulatoire, du cœur, du cerveau et des reins, et à la mise en action funeste de foyers tuberculeux jusque-là latents et qui auraient pu rester tels si l'inoculation n'avait pas été pratiquée. »

Les essais faits ultérieurement avec la tuberculine R paraissent aussi peu probants qu'avec les autres tuberculines qu'on a tour à tour préconisées.

Scheüber cite 32 observ. sur des sujets atteints de tuberculoses locales et soumis à la tuberculine R ; il a constaté une réaction générale, avec élévation de température, parfois considérable ; au début, un certain degré d'amélioration, jamais de guérison de foyers locaux.

Le traitement chirurgical fut, à son tour, considéré comme une arme de choix. « Toutes les lésions tuberculeuses de la peau doivent être traitées, si possible, comme une tumeur maligne et enlevées totalement », écrivait Eynard, interne de Fournier en 1899. C'est pour rester en conformité avec ce principe que l'on vit pratiquer l'exérèse sous toutes ses formes et chaque fois que cela fut possible : ablation suivie d'autoplastie ou ablation suivie de suture linéaire simplement. Et quand la méthode sanglante ne pouvait être employée, on s'adressait à la cauté-

risation ignée, soit au Paquelin, soit mieux au galvanocautère, en raison des traces moindres de cicatrice.

Pour terminer l'aperçu sommaire que nous avons essayé de dresser, des différents traitements de l'ulcération tuberculeuse de la peau, et avant de parler des rayons de Roentgen, il nous reste à dire un mot de la Photothérapie et de la Radiumthérapie.

La Photothérapie s'entend de deux méthodes différentes : l'une s'adresse à un mode thérapeutique des plus anciens, connu de la plus haute antiquité, nous voulons parler de l'héliothérapie, l'autre s'entend d'une technique infiniment plus récente, ayant devancé de quelques années à peine l'invention de Roentgen, nous avons nommé la Finsenthérapie.

Connue et expérimentée par tous les âges, l'action curatrice du soleil a toujours eu un certain crédit, mais avec de fortes alternatives de plus et de moins. Au début de l'histoire, le soleil est au rang des divinités, et les bienfaits de tous genres qu'on lui prête, y compris la guérison des malades, comme l'octroi des maléfices pour les ennemis gênants, justifient cette distinction.

Plus tard, les Incas soignent les syphilitiques en faisant de l'héliothérapie, et le docteur Hoffler rapporte que les Germains traitaient les enfants atteints de fièvre en les exposant sur les toits des maisons, dans l'espoir que le soleil les guérirait.

Dans la médecine classique, le rôle curateur du soleil nous paraît secondaire. Cependant Hippocrate, Celse, Gallien, recommandent les bains de soleil.

Leurs recommandations toutefois paraissent sans grand succès, car le moyen-âge nous semble l'avoir relégué aux dernières pages de sa thérapeutique.

Ce n'est guère que dans ces dernières années que le crédit perdu paraît revenir. *Dove non va il sole, va il medico*, dit le proverbe napolitain. En 1774, Faure traite les ulcères par la chaleur solaire; en 1815, Cauvin publie « Les bienfaits de l'insolation ». Dans le courant de la même année, Læbel recommande le bain de soleil dans toute sorte d'affection et invente l'héliothermos qui concentre la chaleur du soleil.

Mais c'est surtout à l'école de Lyon que revient le grand mérite d'avoir, pour la première fois, donné les ostéo-arthrites tuberculeuses comme une des indications de l'héliothérapie. Dès 1845, Bonnet, dans son « Traité des maladies des articulations », préconise l'insolation comme la méthode de choix, particulièrement dans la tumeur blanche du genou, et il en fait un traitement général du malade. Lebert, quelques années plus tard, utilise le procédé de Bonnet.

Cependant, les idées de Bonnet étaient perpétuées par l'école de Lyon. Ollier et surtout Poncet exposaient sur les galeries de l'ancien hôpital de Lyon les malades atteints de diverses localisations tuberculeuses ou de plaies atones, et nous savons qu'à ce moment, Poncet, satisfait des succès ainsi obtenus, ne laissait partir de son service, tuberculose locale, opérée ou non, sans insister auprès du malade ou de son entourage sur la nécessité d'exposer au soleil,

pendant de longues heures, les lésions encore existantes.

Aujourd'hui, l'héliothérapie fait toujours partie de la thérapeutique courante. Les « solaria » construits dans les stations d'altitude, les traitements systématiques sur la côte d'azur le témoignent suffisamment.

Dans tous les cas de tuberculose ouverte, comme aussi dans les cas de plaies atones, l'action des rayons solaires apparaît d'une efficacité surprenante. D'après Bloch, les plaies atones se cicatriseraient plus facilement sous l'effet de la lumière que sous pansement occlusif. Dans les tuberculoses ouvertes de la peau, dans les fistules à bords décollés sécrétant un liquide muco-purulent, dans les plaies étendues recouvertes de granulations atones, l'action de l'héliothérapie est des plus nettes et des plus rapides. Promptement, la surface des plaies se dessèche, les portions nécrosées s'éliminent, les sécrétions tarissent. Dans les tuberculoses articulaires ouvertes, en même temps que les lésions rétrocedent et que les fistules se cicatrisent, la mobilité articulaire reparait dans une certaine mesure.

Tant de titres à la faveur de la science n'ont pu toutefois faire évanouir la difficulté que l'on éprouve à appliquer les rayons solaires en certains pays et en certaines périodes de l'année ; c'est, croyons-nous, la raison qui a guidé Finsen quand il eut l'idée de demander à la lumière artificielle ce que l'héliothérapie demandait à la lumière solaire.

Née des exigences du moment, la Finsenthérapie

eut vite gagné la confiance des esprits ; ne venait-elle pas à point pour agir aux lieu et place de l'héliothérapie par trop souvent impraticable en certaines périodes ?

La première application de la Finsenthérapie fut faite sur le lupus. Nous ne saurions dire si elle fut dirigée souvent contre les ulcérations tuberculeuses de la peau et des muqueuses, les seules qui nous intéressent ici. Toutefois son dispositif particulier, son outillage complexe et les conditions spéciales de son fonctionnement nous paraissent autant de difficultés ajoutées. Outre que la méthode exige un temps relativement long pour le traitement, elle nous paraît impraticable ou peu praticable dans certains cas. Si, en effet, nous admettons la possibilité de la compression — point important de la technique — au niveau d'une joue ou d'un membre atteint de tuberculose ulcéreuse, comment la pratiquer sur une ulcération de la langue, du rectum ou de la lèvre simplement ?

La Radiumthérapie dans les ulcérations tuberculeuses cutanées ne nous retiendra pas davantage que la Finsenthérapie. D'un secours précieux dans beaucoup de dermatoses, dont l'ulcus rodens et le lupus sont les types, le radium a rendu des services dans le cas que nous étudions ; il peut s'appliquer dans des endroits que les rayons X ne sauraient atteindre, c'est le cas de certaines ulcérations profondes dissimulées ; il peut même agir lorsque ces derniers n'agissent plus et vice versa.

Dans le cas, toutefois, d'ulcérations étendues,

nous nous heurtons, dans son emploi, à de réelles difficultés matérielles. Il faudrait, ou bien juxtaposer une série de tubes, ce qui n'est pas toujours aisément réalisable, ou bien recourir aux appareils à sels collés, de plus en plus abandonnés aujourd'hui.

Pour ces différentes raisons, la radiumthérapie est d'un usage plutôt restreint dans les cas ordinaires de tuberculose cutanée.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

La radiothérapie.

Si l'on en croit Freund, la première publication relative au traitement et à la guérison de la tuberculose cutanée par les rayons X serait due à Kummel ; elle fut faite en 1897 au XXVI^e congrès de la Société allemande de chirurgie. Puis Schiff et Freund présentèrent au XII^e congrès international de médecine de Moscou, 2 cas guéris par cette méthode.

Quelle que soit l'autorité de cette affirmation, nous avons l'impression que la littérature médicale des années suivant immédiatement 1895 est très pauvre en communiqués sur les applications thérapeutiques des rayons X. Leur premier emploi fut au

diagnostic. Née, en effet, du hasard et des accidents — nombreux au début — du radiodiagnostic, la radiothérapie devait venir bien ensuite de la radiographie et de la radioscopie.

A croire certains auteurs, c'est dans le traitement des néoplasmes que la radiothérapie fit ses débuts. Les premières tentatives d'application ne furent pas heureuses ; nous avons conscience, en effet, de tout ce que pouvait renfermer, alors, d'aléatoire une science qui, aujourd'hui encore, quoique vieille de plus de vingt ans, apparaît comme un problème à de nombreuses inconnues.

Par la suite, quantité de radiologues, tels que Williams, Gibson, W. Allen, firent connaître des résultats jusque-là ignorés, accompagnant les différentes observations de photographies des plus suggestives. « J'estime, écrivait Williams, que nous possédons, dans les rayons X, un moyen curatif des plus puissants dans la plupart des tumeurs cutanées, peut-être dans toutes, exception faite pour les tumeurs syphilitiques ».

Grubbe, de son côté, affirmait : « les rayons X sont le plus remarquable agent thérapeutique dans les tumeurs malignes ; ils agissent comme un irritant favorisant la phagocytose.

Peu à peu, les communications se multiplièrent et attirèrent l'attention du monde médical sur cette question de la radiologie. Citons les cas présentés à la Société de dermatologie de Paris en 1902, par MM. Brocq, Lenglet, Bisserié et Belot : les 5 cancéreux présentés étaient une preuve évidente et pal-

pable de l'action favorable produite par les rayons X ; citons également les résultats apportés au XXVII^e congrès de l'Association dermatologique américaine, où M. Stelwagon crut pouvoir affirmer que les épithéliomas étaient les affections sur lesquelles les rayons X avaient le plus de prise.

Concurremment à ces expériences de la thérapeutique cancéreuse, prenaient jour des publications sur l'application de la Röntgenthérapie aux dermatoses.

En 1901, Schiff et Freund écrivent qu'une des indications principales de l'emploi de la radiothérapie se trouve dans les affections de la peau et, parmi celles-ci, notamment :

- a) les dermatoses provoquées par des parasites.
- b) les affections de la peau dans lesquelles l'élimination des poils constitue un élément essentiel pour la guérison.

En 1902, Gaston-Vieira et Nicolau publient une observation de tuberculose cutanée traitée par les rayons X, avec une ampoule à osmo-régulateur, placée à 15 centimètres de la partie malade isolée par une lame de plomb, application de 15 minutes, tous les deux jours, avec un régime de 5 à 6 ampères, sous 15 à 30 volts, le degré radiochromométrique étant de 5 à 6, traitement suivi d'une amélioration très nette.

Depuis lors, les essais de toute sorte se font plus nombreux chaque jour, et les chroniques abondent en publications de résultats heureux.

Mais la méthode est encore bien jeune, la pratique

trop réduite et les dangers de l'agent thérapeutique trop grands et trop fréquents pour qu'on n'entende pas protester, voire dénigrer.

D'aucuns, faisant preuve d'une indulgente modération, se contentent d'apporter des réserves. « La radiothérapie, écrivaient Leredde et Pautrier, est une méthode incertaine, souvent peu active, parfois trop active, produisant des destructions considérables dont la réparation est extraordinairement lente. Précisément à cause de l'énergie d'action dont elle est susceptible, il est possible qu'elle ait le plus grand avenir dans le traitement du lupus et de la plupart des tuberculoses cutanées, rebelles aux méthodes chimiques et aux méthodes physiques moins énergiques ; mais elle exige une réglementation très précise, une « posologie » exacte qui n'existe pas dès maintenant. Nous ne pouvons donc porter des conclusions définitives sur une méthode qui est en progrès continu, actuellement, manifestement inférieure à la méthode photothérapique, mais qui ne le sera peut-être plus dans quelques années ».

Beaucoup moins indulgents, d'autres sont allés jusqu'à condamner absolument la méthode ; parmi ces derniers, M. Gottheil paraît lui avoir fait un procès sévère : « Après une période d'enthousiasme, la faveur de la radiothérapie commence à baisser. Certains vont jusqu'à lui dénier toute efficacité. Les rayons X sont un agent très puissant, mais dont nous ignorons le mode d'action et que nous n'avons aucun moyen de mesurer, car aucune méthode n'est fidèle. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant qu'il y ait

en des accidents et il est à prévoir que les tribunaux, jusqu'ici trop indulgents, le deviendront moins à l'avenir. Au surplus, les guérisons qu'on lui attribue ne sont tout au plus que des améliorations.... »

Bref, nous pourrions citer quantité d'autres critiques d'un caractère aussi sévère que les précédentes. Ce qui frappe dans chacune d'elles, c'est que toutes ont un point commun : le manque de « posologie » suivant le terme de Leredde et Pautrier. Le grief n'est pas sans importance ; nous n'oublions pas, en effet, qu'en radiothérapie tout réside dans la technique et la détermination de la dose de rayons absorbés par les tissus exposés.

Nous n'avons point la prétention de faire la part du vrai et de l'exagération dans les reproches adressés aux premiers radiothérapeutes. Le système de mesure dont ils disposaient n'était nullement en rapport avec la puissance dangereuse de l'élément qu'ils avaient en main, et leur expérience trop faible pour que des résultats fâcheux ne vinssent, par intervalle, ternir leurs succès.

Aujourd'hui, du reste, notre « posologie » en cette matière n'est guère mieux adaptée. Nous possédons toutefois certaines données — fruit de l'expérience en partie — qui nous permettent de tirer un meilleur parti de l'agent à notre disposition.

Par des procédés divers, que nous n'avons pas à décrire ici, nous arrivons à déterminer d'une manière approchée les deux éléments fondamentaux du rayonnement émis par une ampoule radiogène : la qualité moyenne et la quantité.

Mais, quel que soit le procédé employé, nous nous contentons d'évaluer ainsi le rayonnement émis par un tube et non la dose d'énergie absorbée par les tissus, or nous n'ignorons pas la différence, parfois très sensible, entre la capacité d'absorption des différents tissus vis-à-vis des rayons de Röntgen.

C'est cette absence de toute mesure de la quantité des rayons absorbés par les tissus qui explique d'abord les divergences entre les différents radiothérapeutes, sous le rapport du nombre des séances, de leur durée, de leur espacement, et ensuite les résultats négatifs, voire fâcheux dans certains cas ; c'est donc là que s'exercent la sagacité et la prudence de l'opérateur, là qu'intervient, en facteur des plus précieux, l'expérience de la longue pratique.

CHAPITRE II

Technique.

La technique suivie pour le traitement radiothérapique des tuberculoses cutanées dans le service de M. le docteur Barjon, à l'hôpital de la Charité, est extrêmement simple et, de ce fait, ce traitement est à la portée de la plus modeste installation.

Dans la plupart des cas relatés au cours de ce travail, nous avons utilisé une bobine Radiguet de 50 cent. d'étincelle avec interrupteur autonome Gaiffe. Exceptionnellement, nous avons eu recours à une machine statique de 10 plateaux de 55 cent. de diamètre.

Les ampoules utilisées sont du type Chabaud-Villard. Quoique supportant une faible intensité, ne dépassant pas 1 milliampère, ces ampoules sont suffisantes pour le traitement des tuberculoses cuta-

nées qui ne demandent que de faibles doses de rayons X. L'osmo-régulateur dont sont munies ces ampoules rend très pratique leur réglage.

Il est évident qu'on peut employer n'importe quel autre type d'ampoule.

L'intensité que nous avons fait passer dans nos tubes oscillait entre 0 milliampère 6 (0,6) et 0 milliampère 8 (0,8). La dureté de l'ampoule était moyenne ; elle correspondait à environ 5° à 6° Benoist. L'anticathode se trouvait à 16 centimètres exactement de la peau ; dans ces conditions, le temps moyen pour obtenir une dose de 5 H, sans filtre, était de 23 m. environ.

La protection des parties saines se faisait simultanément par l'emploi de localisateurs cylindriques, de diamètre variable suivant l'étendue de la lésion à traiter et par l'emploi de lames de plomb de 1/10 de millimètres d'épaisseur, dans lesquelles était découpée une fenêtre.

Pour le traitement des muqueuses, de la langue, par exemple, le localisateur cylindrique prenant point d'appui sur la muqueuse est particulièrement utilisé.

Tantôt nous avons utilisé le rayonnement nu, tantôt nous avons employé des rayons filtrés sur une lame d'aluminium ne dépassant jamais 1 millimètre.

En général, nous avons commencé le traitement par des irradiations à nu et nous n'avons filtré que si le traitement se prolongeait un certain temps.

Les séances convenablement espacées, suivant la dose appliquée, varient de 10 à 12 en moyenne,

dans les cas relatés, et la quantité de rayons irradiés n'a excédé qu'une seule fois 18 H.

Par cette méthode, nous n'avons jamais eu d'accidents de radiodermite ; les résultats esthétiques sont excellents — et c'est là un côté particulièrement intéressant de la radiothérapie ; — l'ulcération fait place habituellement à un épiderme souple et à coloration identique à celle des tissus voisins non irradiés.

Observations.

OBSERVATION I

*Ulcération tuberculeuse de la face interne du genou
et de la cuisse droite. 1920.*

Henri V..., 3 ans, envoyé par le Professeur Nové-Josserand, chirurgien des Hôpitaux.

Le petit malade présente à l'arrivée : une tumeur blanche du genou droit, datant de 16 mois ; une fistule installée au centre de la tumeur blanche, depuis 3 mois, laissant sourdre du pus en abondance ; enfin une large ulcération de la peau, de la dimension de la paume de la main, occupant toute la région environnant la fistule et remontant le long du bord interne de la cuisse ; cette surface ulcérée est recouverte de croûtelles qui se renouvellent constamment. — Irradiations.

20 juillet 1920 1^{re} séance 3 H à nu

20 août 1920 2^e séance 2 H à nu

Total : 2 séances 5 H nu en un mois.

Le malade, revu quelque temps après, présente les traces d'une fistule entièrement tarie. Le placard ulcéré est en voie de parfaite épidermisation.

OBSERVATION II

Fistule tuberculeuse de la région sternale. 1909.

Jean B..., 48 ans, envoyé par le Professeur Gayet, médecin des Hôpitaux, pour fistule de la région sternale sur le bord gauche de l'os, au niveau du 2^e espace.

L'abcès a débuté en novembre 1908, s'est fistulisé spontanément, en avril 1909 ; depuis ce jour, la fistule ne s'est jamais fermée.

En juillet 1909, hydrocèle vaginale droite, probablement d'origine tuberculeuse, opérée par le Professeur Gayet.

La fistule qui amène le malade à l'hôpital a tous les caractères d'une ulcération tuberculeuse, violacée, frangée, laissant passer une sérosité blanchâtre.

A la sonde cannelée, on constate que la lésion ne dépasse pas 2 centimètres en profondeur.

A la radioscopie, on trouve quelques ganglions trachéo-bronchiques au niveau de la fistule, un peu d'obscurité des deux sommets.

On badigeonne la plaie à la teinture d'iode.

17 novembre 1909	1 ^{re} séance	2 H	Nu
19 » »	2 ^e »	1 H	Sous filtre
22 » »	3 ^e »	1 H	de 1 ^m / _m
24 » . »	4 ^e »	1 H	d'aluminium
13 décembre »	5 ^e »	1 H	»
15 » »	6 ^e »	1 H	»
17 » »	7 ^e »	1 H	»
27 » »	8 ^e »	1 H	»
29 » »	9 ^e »	1 H	»
3 janvier 1910	10 ^e »	1 H	»
31 " » »	11 ^e »	1 H	»

La fistule est complètement fermée depuis 3 semaines, la cicatrisation est complète. La suppuration, ancienne de 7 mois, a tari avec :

Total = 11 séances, 12 H, sous filtre de 1 millimètre d'alluminium, en 2 mois et demi.

OBSERVATION III

Ulcération du médius droit probablement tuberculeuse. 1911.

Jean J..., 63 ans, envoyé par le docteur Leriche, chirurgien des hôpitaux. Le malade arrive porteur d'une ulcération de l'extrémité du médius droit, remontant à 18 mois. A cette date, le malade s'était fait prendre le doigt dans un essieu de voiture et eut une ulcération au niveau de la matrice de l'ongle. L'ulcération ne se cicatrisant pas, le docteur Leriche lui fit un grattage, il y a un an ; 5 mois plus tard, nouveau grattage, ablation de l'ongle. Aucune amélioration dans la suite ; au contraire, l'ulcération gagna en hauteur.

A l'arrivée, au niveau de l'articulation de la 2^e et 3^e phalanges, on trouve une ulcération semblant plutôt superficielle, sans limite bien nette à la périphérie qui ne présente de bourrelet ni saillant, ni dur. Le fond est rouge, semé de croûtelles jaunâtres. Léger suintement ; pas de ganglions de l'aisselle. On décide d'irradier la pointe du médius.

28 avril 1944 1^{re} séance 4 H Nu

12 mai 1911. Le malade revient se montrer. L'ulcération est complètement sèche et cicatrisée. L'ongle est recouvert d'une quantité de croûtes qu'on enlève à la curette ; au-dessous, on trouve un ongle à surface irrégulière, bosselé, très mince par endroits, très épais dans d'autres et qui semble tenir. On fait une 2^e séance d'irradiation sur la pointe du doigt et sur l'ongle.

12 mai 1911 2^e séance 3 H Nu

26 mai 1911. Le malade continue à très bien aller. Son ulcération est restée complètement cicatrisée. On fait une 3^e séance d'irradiation, aux mêmes points, avec une plaque d'aluminium de 1/2 millimètre :

26 mai 1911 3^e séance 2 H sous filtre 1/2
 m/m. d'alum.

7 août 1911 4^e séance 3 H Nu4 septembre 1911 5^e séance 3 H Nu

Total : 5 séances, 15 H en 4 mois.

La guérison persiste. Le malade part.

OBSERVATION IV

*Radiothérapie post-opératoire sur fissures et ragades persistant
après l'ablation d'un rétrécissement tuberculeux
du rectum. 1909.*

Maria P..., 29 ans, opérée, à la Clinique du professeur Tixier, pour un rétrécissement tuberculeux du rectum.

Envoyée, à la sortie de la Clinique, dans le service de Radiologie, présentant, au niveau de l'anus vrai (qui ne fonctionne à peu près pas) des fissures et ragades avec suintement purulent, sans grande douleur.

19	juillet	1909,	1 ^{re}	séance	sur	région	anale,	1 H,
								sous
								filtre
								de 1 ^{m/m} d'aluminium
21	»	»	2 ^e	séance,	sur	région	anale,	1 H,
								sous
								filtre
								de 1 ^{m/m} d'aluminium
23	»	»	3 ^e	séance,	sur	région	anale,	1 H,
								sous
								filtre
								de 1 ^{m/m} d'aluminium
26	»	»	4 ^e	séance,	sur	région	anale,	1 H,
								sous
								filtre
								de 1 ^{m/m} d'aluminium

8 décembre 1909. La malade revient se montrer. Elle ne présente plus trace d'ulcération ni fistule au niveau de la région anale : la cicatrisation est parfaite.

Total : 4 séances en une semaine, 4 H, sous filtre de 1 ^{m/m} d'aluminium.

8 décembre 1909. Les ulcérations de la région anale disparues, la malade consulte aujourd'hui pour des ulcérations tuberculeuses des lèvres, occupant tout le bord libre de la lèvre supérieure et de l'inférieure, le tout est recouvert de croûtes superficielles dues à des cautérisations à l'acide lactique. Au début, les douleurs s'accusaient très vives, actuellement elles le sont un peu moins. On pratique des irradiations sur toute la surface ulcérée.

8 décembre, 1^{re} séance, 1 H 1/2, nu (sur les deux lèvres à la fois).

10 décembre, 2^e séance, 1 H 1/2, nu (côté droit des deux lèvres).

17 décembre, 3^e séance, 1 H 1/3, nu (côté gauche des deux lèvres).

20 décembre, 4^e séance, 1 H 1/2, nu (côté droit des deux lèvres).

29 décembre, 5^e séance, 1 H 1/2, sous 1/2^{m/m} d'aluminium (côté droit).

31 décembre, 6^e séance, 1 H 1/2, sous 1/2^{m/m} d'aluminium (côté gauche).

21 janvier. La malade revient se montrer, elle va tout à fait bien, ses lèvres sont complètement guéries ; il ne reste ni ulcérations, ni croûtes ; la muqueuse est redevenue tout à fait normale.

Total : 6 séances.

Lèvre droite, 3 H 1/2, nu

1 H 1/2 sous filtre 1/2^{m/m} d'alum.

Lèvre gauche, 2 H 1/4, nu

1 H 1/2, sous filtre 1/2^{m/m} d'alum.

A noter qu'entre le 26 juillet, date de sa première sortie et le 8 décembre, date de son retour, M. le professeur Tixier avait essayé de traiter, médicalement, l'ulcération des lèvres ; c'est après échec de toute thérapeutique qu'il a adressé la malade à M. le docteur Barjon.

OBSERVATION V

Ulcération tuberculeuse de la joue gauche avec ganglions inflammatoires sous-maxillaires, 1909.

Louis B..., 11 ans, envoyé par M. le docteur Vignard, chirurgien de la Charité, pour une production croûteuse de la joue gauche.

Antécédents héréditaires : un frère a fait un séjour de un an à la Charité, pour une affection de la hanche.

Antécédents particuliers : rougeole à 8 ans. Depuis cette date

il s'est formé un petit bouton au milieu de la joue gauche ; l'ablation d'une dent, il y a trois semaines, a été suivie de la coloration en rouge du bouton, puis d'un écoulement séro-sanguinolent.

A l'arrivée, malade présentant une tuméfaction allongée verticalement, longue de 1 cent. 5, large d'un demi-centimètre environ, coloration rouge du fond avec croûte noire à la surface. Cette tuméfaction est superficielle, très mobile avec la peau, un peu indurée au-dessous. Ganglions sous-maxillaires très mobiles des deux côtés, plus nombreux à gauche, de la grosseur de petites noisettes.

On enlève la croûte : au dessous, écoulement purulent, il reste une ulcération rouge, taillée à pic. On irradie l'ulcération.

9 avril 1909,	1 ^{re} séance	2H	Nu
16 »	2 ^e »	1 H 1/2	Nu
23 »	3 ^e »	1 H 1/2	Nu

7 mai. L'enfant va très bien ; la cicatrisation se fait normalement ; une petite peau mince et souple recouvre toute la portion ulcérée ; au centre, encore une petite croûte adhérente.

21 mai. L'enfant va tout à fait bien ; il ne subsiste qu'un peu de rougeur de la peau ; on enlève une petite croûte. Pansement à l'aristol après une

	4 ^e séance de	1 H 1/2	Nu
11 juin	5 ^e »	1 H 1/2	Nu
16 juin	6 ^e »	1 H 1/2	Nu
9 juillet	7 ^e »	1 H 1/2	Nu
16 »	8 ^e »	1 H 1/2	Nu

Total : 8 séances, 12 H 1/2, à nu, en trois mois.

La guérison subsiste ; l'enfant, considéré comme guéri complètement, est renvoyé.

OBSERVATION VI

Tuberculose cutanée ulcérée, 1910.

Victoire B..., 74 ans, envoyée par M. le professeur Gayet, pour « tumeur ulcérée » de la joue gauche.

L'affection remonte à 18 mois, a débuté par un petit bouton de la grosseur d'une pièce de 1 franc. En octobre 1910, M. le professeur Gayet en pratiqua l'extirpation ; dès lors, la plaie, au lieu de cicatriser, s'accrût par les bords.

A l'arrivée, lésion au niveau de la joue gauche, de la largeur d'une paume de main ; il s'agit d'une plaque rouge, surélevée à sa périphérie surtout au niveau de ses bords supérieurs et antérieurs et présentant à sa surface de nombreuses inégalités. En un point, au niveau de la moitié supérieure de la plaque, se forme une sorte de dépôt d'un blanc sale, craquelé ; la pression n'est pas douloureuse, au niveau des parties surélevées de la plaque, laisse une sensation de mollesse, et fait sourdre quelques gouttes de sérosité purulente.

Actuellement, la tumeur est assez limitée, sans adhérence avec les plans sous-jacents ; pas de ganglions ni sous-maxillaires, ni carotidiens.

On fait une application de rayons X.

23 décembre 1910	1 ^{re} séance	2 H	Nu
16 »	» 2 ^e »	2 H	Nu
28 »	» 3 ^e »	1 H 1/2	sous 1/2 m/m aluminium.

20 janvier 1911. — Pas de modification bien appréciable.

	4 ^e »	2 H	Nu
23 janvier 1911	5 ^e séance	2 H	Nu

13 février 1911. Ce malade va bien mieux, la lésion s'aplatit et se cicatrise, elle s'est bien asséchée et ne donne plus de pus.

	6 ^e séance	2 H	Nu
15 février	7 ^e »	2 H	Nu

3 mars. Le malade continue à aller mieux, la lésion est bien cicatrisée par en bas, en haut elle s'améliore peu à peu.

	8 ^e séance	3 H	sur l'ensemble	Nu
6 mars	9 ^e »	3 H	»	Nu
27 »	10 ^e »	3 H	»	Nu
29 »	11 ^e »	3 H	»	Nu
19 avril	12 ^e »	3 H	»	Nu
21 »	13 ^e »	3 H	»	Nu

12 mai 1911. On constate cette fois un très gros progrès. Toute la partie moyenne et inférieure est cicatrisée, la peau est redevenue lisse et souple. Il persiste une bande transversale au-dessous de la paupière inférieure avec quelques croûtes et en bas de la joue un petit bourrelet chéloïdien saillant et isolé du volume d'un grain d'orge.

	14° séance	3 H	sur la partie supérieure	Nu
15 mai	15°	»	3 H	» inférieure Nu
6 juin	16°	»	3 H	» supérieure Nu
7 »	17°	»	3 H	» inférieure Nu

28 juin. L'amélioration se poursuit régulièrement.

	18° séance	3 H 1/2	sur le point supérieur	Nu
30 juin	19°	»	3 H 1/2	» centre Nu
3 juil.	20°	»	3 H 1/2	» inférieur Nu
24 juil.	21°	»	3 H 1/2	» près du nez Nu
26 »	22°	»	3 H 1/2	» de la tempe Nu
28 »	23°	»	3 H 1/2	» inférieur Nu
18 août	24°	»	3 H	» inférieur Nu
8 sept.	25°	»	3 H	» près du nez Nu
11 »	26°	»	3 H	» inf. de la joue Nu

23 février 1912. La malade revient se montrer, elle va tout à fait bien et la guérison s'est bien maintenue. On constate actuellement : en bas de la joue, un petit bourrelet chéloïdien, gros comme un grain d'avoine ; vers le sillon nasal, au-dessous de l'œil gauche, une petite plaque rosée, légèrement saillante, de l'étendue d'un noyau d'olive. Sous la paupière inférieure, une petite zone dans laquelle l'épiderme est en voie de renouvellement.

Tout le reste est bien guéri, la peau est bien souple et sans adhérence. En somme excellent résultat.

	27° séance	2 H	sur le point près de l'œil	Nu
28 février	28°	»	2 H	» inf. de la joue Nu
1 mars	29°	»	1 H 1/2 près de l'œil, 1/2 ^{m/m}	Al.
6 »	30°	»	1 H 1/2 point inf. joue	—

La malade ne présente plus trace de l'ulcération ancienne ; la

peau est redevenue souple partout. Guérison complète après un traitement de 15 mois, 30 séances et

31 H 1/2 sur l'ensemble des lésions.

23 H sur la partie supérieure.

22 H 1/2 sur la partie inférieure.

3 H 1/2 sur la partie centrale.

OBSERVATIONS VII

Ulcérations bacillaires de la face dorsale de la main gauche, 1910.

Alexandre V..., 19 ans, opéré, en janvier 1910, dans le service de M. le professeur Gayet, où on lui fit une résection du 3^e métacarpien, pour fistule tuberculeuse de l'os ; se présente, en juillet 1910, dans le service de radiologie, portant une vaste ulcération, s'étendant depuis la naissance des doigts jusqu'au poignet, d'une largeur de 3 à 4 centimètres, avec bords bourgeonnants. On soumet à l'irradiation toute la surface ulcérée.

8 juillet 1910	1 ^{re} séance	2 H	Nu
11 »	2 ^e »	2 H	Nu
29 »	3 ^e »	2 H	Nu
1 août	4 ^e »	2 H	Nu
29 »	5 ^e »	2 H	Nu
31 »	6 ^e »	2 H	Nu

30 septembre. Le malade va tout à fait bien ; son ulcération est presque complètement cicatrisée, il ne reste qu'une fistule linéaire minime, dont les bords se recouvrent de peau.

7^e séance 2 H Nu sur ulcération linéaire

3 octobre 8^e » 2 H Nu »

31 octobre 1910. L'ulcération est complètement cicatrisée aujourd'hui, la fistule est fermée et les bords épidermisés. Le malade s'en va.

Total ; 8 séances, 16 H à nu en trois mois.

OBSERVATION VIII

*Ulcération tuberculeuse de la lèvre inférieure. Guérison
en 5 séances de radiothérapie, 1906.*

Récidive 2 ans après et nouvelle guérison en 6 séances.

Hortense M..., 44 ans, envoyée par M. le Professeur Tixier, pour une affection dont le début remonte à 2 ans, présente un bourgeonnement de la lèvre inférieure avec croûtes et petites ulcérations du volume d'une noisette environ.

Pas de douleur locale. On irradie les ulcérations.

30 novembre 1906	1 ^{re} séance	3 H	Nu
3 décembre	2 ^e »	3 H 1/2	Nu
10 »	3 ^e »	3 H	Nu

17 décembre. On note aujourd'hui une amélioration très appréciable : le volume de l'ulcération s'est réduit, les croûtes sont tombées.

	4 ^e séance	4 H	Nu
24 décembre	5 ^e »	3 H	Nu

L'amélioration continue.

30 janvier 1907. La malade revient aujourd'hui complètement guérie, sa lèvre est cicatrisée et d'aspect normal. La muqueuse est souple et rose, sans bourgeonnement. On lui fait néanmoins une

6 ^e séance de	2 H	Nu
--------------------------	-----	----

La malade s'en va, considérée comme entièrement guérie.

Total : 6 séances 18 H 1/2 à nu en deux mois.

8 janvier 1909. La malade est restée guérie pendant 2 ans environ.

Depuis 1 mois 1/2 environ, elle a vu survenir, sur sa lèvre inférieure, au voisinage de l'ancienne lésion, près de la ligne médiane, à droite, un petit nodule induré qui n'a pas tardé à s'ulcérer.

A l'arrivée, nodule induré du volume d'un haricot, avec surface ulcérée, couverte de petites croûtes. Même aspect que la première fois, mais ulcérations moins volumineuses ; la malade ne souffre pas davantage que la première fois.

8 janvier 1909	1 ^{re} séance	2 H	Nu
11 » »	2 ^e »	2 H	»
15 » »	3 ^e »	2 H	»
22 » »	4 ^e »	2 H	»

5 février 1909. L'ulcération a bien diminué de volume ; on ne trouve plus qu'une petite croûte, au centre, du volume d'une lentille.

5 ^e séance	2 H	Nu
-----------------------	-----	----

19 février. L'ulcération a disparu, la malade paraît guérie.

6 ^e séance	2 H	Nu
-----------------------	-----	----

17 mars. La lèvre est souple, la muqueuse a repris sa coloration normale.

7 ^e séance	1 H 1/2	Nu
-----------------------	---------	----

28 mai	8 ^e »	1 H 1/2	Nu
--------	------------------	---------	----

On cesse les irradiations, la malade repart bien guérie.

Total : 8 séances, 15 H à nu en 5 mois.

OBSERVATION IX

Ulcérations tuberculeuses des jambes. 1906.

Philomène B..., 36 ans, hospitalisée depuis 3 ans à l'Hôtel-Dieu, a eu toute une série de manifestations de tuberculose locale : d'abord au genou gauche, puis au crâne, aux deux mains, à l'épaule droite, aux deux gros orteils, enfin aux deux jambes.

Actuellement, la malade est porteuse de 4 ulcères tuberculeux des jambes : 1 à la jambe gauche, 3 à la jambe droite.

Ces ulcérations sont peu profondes, mais à bords taillés à pic ; leur dimension varie de celle d'une pièce de 0.50 centimes à celle d'une pièce de 2 fr. ; elles ont été constamment douloureuses jusqu'ici.

4 mars 1906	1 ^{re} séance	2 H	Nu	jambe droite
		2 H	Nu	jambe gauche
8 mars 1906	2 ^e séance	3 H	Nu	sur les 2 jambes à la fois.

15 mars. Les plaies sont toutes en bonne voie de cicatrisation, leurs dimensions sont déjà notablement réduites.

3^e séance 3 H Nu sur les deux jambes à la fois.

Depuis ce jour, la malade n'est pas revenue se montrer, et il n'a pas été possible d'avoir de ses nouvelles. Il est intéressant toutefois de noter l'amélioration rapide produite dès les premières applications, soit avec une dose de 7 H, en 4 jours et 2 séances.

OBSERVATION X

Synovite tuberculeuse — Synovectomie

Radiothérapie sur fistules persistant au bout de 3 mois 1/2. 1911.

Joanny F..., 25 ans, envoyé par M. le professeur Gayet, pour une cicatrice de synovectomie qui n'arrive pas à cicatrisation complète. Opéré en octobre 1910, ce n'est qu'en février 1911 qu'il recouvre une partie de l'usage de sa main.

Il persiste actuellement une cicatrice d'incision qui va du milieu de la main jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras ; sur cette incision, on remarque 3 points ulcérés, l'un au niveau de la main, l'autre du poignet, l'autre enfin de l'avant-bras. Les ulcérations sont recouvertes de croûtes et, au-dessous, il existe un suintement purulent datant de trois mois et demi.

17 février 1911, 1^{re} séance, 2 H, nu, sur les trois ulcérations.

20 février. Il y a déjà une grosse amélioration, les 3 ulcérations sont en partie cicatrisées.

2^e séance 2 H nu sur les trois
ulcérations.

6 mars 1911 3^e séance 2 H nu sur les trois
ulcérations.

Il ne subsiste qu'une seule petite ulcération encore ouverte, les deux autres paraissent cicatrisées.

20 mars, 4^e séance, 2 H, nu, sur l'ulcération restante

La cicatrisation n'est pas encore complète, mais en très bonne voie.

7 avril 5^e séance 2 H nu sur l'ulcération
14 avril 6^e séance 2 H nu »

28 avril. — Le malade va très bien et la cicatrisation se poursuit.

26 mai. La cicatrisation est complète, il n'y a plus aucune trace de suintement.

10 juillet. Le malade est revu ; la cicatrisation s'est maintenue complète et définitive depuis le 26 mai.

Total : 6 séances 12 H à nu en deux mois.

OBSERVATION XI

Ulcérations tuberculeuses de la peau datant de deux ans.

Portion dorsale de la main gauche. 1919.

Jeanne P..., 58 ans, vient de la clinique de M. le Professeur Bérard, présentant des ulcérations tuberculeuses de la peau de la main et du poignet gauches, datant de 2 ans.

Actuellement, il existe 4 foyers principaux d'ulcération :
1^o le plus ancien sur l'extrémité inférieure dorsale du 4^e métacarpien, avec adhérence profonde de la peau et tuméfaction.

2^o Sur l'extrémité inférieure dorsale du 2^e métacarpien.

3^o Sur l'extrémité supérieure du 2^e métacarpien.

4^o Sur l'avant-bras, extrémité inférieure du radius. La peau est un peu adhérente au niveau de toutes ces ulcérations. La nature tuberculeuse de la lésion a été vérifiée histologiquement et bactériologiquement.

24 oct. 1919, 1^{re} séance, 3 H, nu, sur chaque point

27 » » 2^e séance, 5 H, nu, »

21 nov. » 3^e séance, 3 H, nu, »

24 nov. » 4^e séance, 3 H, nu, »

23 janvier 1920 La réaction très vive avec rougeur et gonflement, qui avait suivi les irradiations de novembre, a à peu près disparue ; il existe encore un peu de rougeur de la peau

du dos de la main. Les ulcérations sont néanmoins en voie d'amélioration.

5^e séance Nu sur le point supérieur du poignet.

9 février 1920 6^e séance Nu sur chaque point.

11 » » 7^e séance Nu »

Toute trace de réaction a disparu, les ulcérations sont en voie de cicatrisation, la tuméfaction de la peau s'est résorbée, en somme grosse amélioration.

12 mars. L'amélioration se poursuit ; la cicatrisation s'est établie ; toutefois, la peau présente encore une adhérence profonde aux plans sous-jacents, au niveau des points 3 et 4 ; l'ulcération n° 2 n'a plus d'adhérence, le n° 1 commence à se mobiliser.

8^e séance 1 H 1/2 sous 1^{m/m} d'alumin^m
sur 3 points diffé^{ts}.

15 mars 9^e séance 1 H 1/2 sous 1^{m/m} d'alumin^m
sur 3 points diffé^{ts}.

21 mai 1920. La guérison s'est bien maintenue, la peau est souple, sans trace de desquamation.

Total : 26 H, en 5 mois et 9 séances.

Cette malade a été présentée guérie par le docteur Santy à la Société Nationale de Médecine. 1920.

OBSERVATION XII

Ulcérations tuberculeuses de la région inguino-crurale survenues après ablation de ganglions inguinaux de nature bacillaire.

G..., 33 ans, envoyé par le professeur Poncet, pour de vastes ulcérations bacillaires, survenues après l'ablation, à sa clinique, de ganglions inguinaux-cruraux de même nature. Pas d'antécédents héréditaires, pas d'éthylisme, pas de syphilis.

En avril 1908, apparition d'un ganglion inguinal gauche, qui suppure et s'ouvre spontanément 6 mois après.

Ablation chirurgicale du ganglion ulcéré le 7 novembre 1908, on en profite pour enlever un petit ganglion inguinal droit qui date de 3 ans. Sort de l'Hôtel-Dieu, le 22 décembre, non complètement cicatrisé à gauche. Au bout de 6 à 7 mois, l'ulcération inguinale gauche, toujours non cicatrisée, s'agrandit, puis il s'en forme d'autres au-dessous et enfin deux nouvelles à droite.

Après divers traitements infructueux, le malade est renvoyé, le 15 novembre 1909, à la consultation de M. le docteur Barjon, pour être soumis à la radiothérapie.

On constate 3 grandes ulcérations à gauche, l'une inguinale, 8 centimètres sur 3 ; l'autre, plus étendue, au-dessous du pli inguinal et parallèle à lui, 14 centimètre sur 4 ; la troisième, à la partie moyenne de la cuisse, 6 centimètres sur 5. En dehors, vers la fesse, deux autres petites ulcérations, en voie de formation, larges comme des fèves et déjà profondes.

A droite, deux grandes ulcérations : l'une inguinale, 5 centimètres sur 2 1/2 ; l'autre, sous inguinale, 5 centimètres sur 3 1/2 ; deux autres très petites, trochantériennes et fessières.

Toutes ces ulcérations sont à bords inégaux, taillés à pic, avec fond rouge, bourgeonnant, tendance à l'accroissement, aspect phagédénique.

15 nov. 1909 Première irradiation 1 H 1/2 Nu sur chaque ulcère.

19 novembre. On constate déjà d'énormes progrès de la cicatrisation ; certaines des ulcérations sont réduites de près de moitié, elles ont toutes pris bon aspect et bourgeonnent en se comblant.

Deuxième irradiation 1 H 1/2 Nu sur chaque ulcère

24 novembre 1909. L'amélioration s'accroît, les bords de plaies ne sont plus décollés ni taillés à pic, mais entièrement soudés ; il y a un changement radical comme aspect et les progrès de cicatrisation sont étonnants.

3^e irradiation 1 H 1/2 Nu sur chaque ulcère.

20 nov.	4 ^e	»	1 H	»
3 déc. 1909	5 ^e	»	1 H	»

15 décembre. La cicatrisation est presque complète, il ne reste plus que 3 ou 4 points larges comme des pois, qui ne sont pas encore revêtus de peau.

6^e irradiation 1 H Nu sur chaque ulcère

31 décembre 1909. La cicatrisation est actuellement complète, la peau est reformée partout, mince et souple, sauf en trois points où elle reste indurée et recouverte de quelques croûtes.

7^e irradiation 1 H sur ces trois points

12 février 1910. Cicatrisation complète avec peau souple partout, sans rétraction ni adhérences.

En somme, résultat parfait et rapide, avec des doses faibles, environ 8 H et 7 séances en trois mois, appliquées sur des ulcérations anciennes très étendues, à allure phagédénique.

CHAPITRE III

L'ulcération tuberculeuse comparée au lupus dans la radiothérapie.

La lecture des quelques observations qui précèdent suffira, croyons-nous, pour convaincre de la facilité avec laquelle on réussit habituellement à cicatriser ces ulcérations rebelles où le bacille de Koch se retranche si fortement qu'il résiste de la manière que nous savons aux agents chimiques.

Bien plus, des douze cas que nous rapportons, et d'aucuns sont déjà bien anciens, les premiers datant de 1906, il semble qu'aucun n'ait jamais eu tendance à récidiver.

Cependant, les malades ainsi tuberculisés ne sont pas à l'abri de nouvelles manifestations ulcéreuses, qui, du reste, pourront être traitées avec succès par la même méthode.

Ainsi, dans l'observation IV, la malade, traitée

d'abord pour des ulcérations ano-rectales, revient ensuite avec une ulcération de la lèvre, et, dans l'observation VIII, après la guérison d'une première ulcération labiale, une seconde se manifeste deux ans après, au voisinage de l'ancienne maintenue guérie.

En présence de ces résultats, on est amené naturellement à comparer la différence d'évolution de ces formes ulcérées avec celle des formes fermées, nous entendons nommer le *lupus*, autre principale manifestation de la tuberculose cutanée.

De tout temps, le *lupus* a fait le désespoir de la dermatologie. Nous ne parlerons pas de l'échec de la thérapeutique purement chimique dirigée contre lui ; son impuissance s'est révélée de longue date ; les quelques modifications qu'il est permis d'en signaler sont dues à une méthode mixte, alliant l'action chimique à la méthode sanglante.

Nous ne dirons pas davantage ce qu'a valu la Finsenthérapie dans les assauts qu'elle a livrés au *lupus*. A demi spécifique de cette affection, elle a donné des résultats précieux et incontestables. « Lorsque le *lupus* ne peut pas être extirpé, affirme le Dr François, d'Anvers, il faut recourir à la Finsenthérapie de préférence à toutes les autres méthodes. Le *lupus* qui n'a jamais été traité, ni cureté, ni cautérisé au fer chaud trouve dans la photothérapie un mode de traitement beaucoup plus rapide et avec un résultat bien plus esthétique que si le malade a déjà subi ces mauvaises interventions ».

Les échecs, toutefois, n'en sont pas moins fré-

quents. D'après une statistique récente, portant sur 800 cas, Zinsser conclut que les cas légers guérissent toujours complètement, les cas moyens presque toujours et que les cas graves ne peuvent en retirer qu'une amélioration.

Brocq se montre plus sévère encore : tout en reconnaissant à la Photothérapie une réelle efficacité, il déclare que les inconvénients résultant de la longueur des applications et du traitement lui-même ne seraient pas compensés avec assez de certitude par l'absence de récurrence.

Finsen enfin et ses élèves n'accusent qu'une proportion de 51 % de guérisons sur la quantité traitée.

Que dire des nombreux essais d'électrothérapie dirigés contre cette manifestation de la tuberculose ? Les méthodes ont été nombreuses, peu ont été d'une efficacité satisfaisante.

L'électricité statique a été longtemps préconisée sous forme de souffle ou d'aigrette. Sous cette action, les plaies lupiques se détergent puis bourgeonnent et revêtent un meilleur aspect ; à la longue, de nombreux foyers d'épidermisation apparaissent : on arrive ainsi à la cicatrisation que trop d'auteurs ont bien à tort considérée comme la guérison. Il y a loin, en effet, de l'épidermisation à la fonte du nodule lupique. Au reste, Danlos, dont on connaît les recherches sur le traitement du lupus, déclare nettement que le meilleur appareillage ne lui a jamais donné le moindre résultat.

L'étincelle de haute fréquence, tantôt seule, tantôt combinée à la scarification, a été employée sou-

vent ; on lui a reconnu quelques heureux effets. Quoi qu'il en soit, la destruction des nodules lupiques est difficile à effectuer et plus douloureuse qu'on veut bien le dire ; enfin, il n'est pas certain que la guérison suive ces tentatives de destruction.

La fulguration active certainement la cicatrisation et permet ainsi d'attaquer des lupus très étendus. Malheureusement, il arrive qu'après un étincelage soigneux et prolongé, il reste toujours quelques éléments qui, en proliférant, nécessiteront de nouvelles interventions.

L'électrocoagulation présente de réels avantages ; à côté de cela, elle a de nombreux inconvénients, dont l'un des moindres réside dans son caractère aveugle.

L'électrolyse négative est de tous les procédés électriques celui qui doit être retenu le premier, à cause de sa simplicité et de la beauté des résultats qu'elle procure. A la période « des tubercules isolés » elle est précieuse ; encore faut-il qu'elle soit appliquée selon certaines règles et que le courant atteigne une intensité suffisante pour désorganiser les tissus.

Nous ne connaissons que trop, enfin, les difficultés nombreuses et insurmontables parfois que rencontre la Radiothérapie dans le traitement du lupus.

Nous avons, au cours de l'exposé de nos observations, fait ressortir la facilité relativement grande avec laquelle les rayons de Röntgen épurent dans leurs bacilles les ulcérations tuberculeuses, si vastes soient-elles. Il semble que, logiquement, même sort

soit réservé au lupus avec le même traitement. Et cependant, ulcéré ou plan, le lupus se présente au radiothérapeute avec des caractères de résistance tout particuliers.

Les opinions des dermatologistes radiologues, au sujet des modifications apportées au lupus par les rayons X, nous arrivent variées et souvent très opposées.

Alors que Scholtz prétend avoir guéri des cas graves de lupus, généralement inaccessibles à la thérapeutique ordinaire, le professeur Lanq, de Vienne, dit n'avoir jamais été témoin d'une seule guérison complète, attribuable à ce mode de traitement. Pour Kienbock, Holz-Knecht, il est bien rare de guérir complètement le lupus par la radiothérapie. Brocq, Pautrier, François, Lenglet partagent cette opinion et n'attribuent à la radiothérapie qu'un effet modificateur préparant le terrain, sans conduire, à elle seule, à la guérison totale et définitive.

En réalité, en parcourant ses résultats favorables, obtenus par cette technique, on trouve surtout des améliorations très appréciables ; le mot « guérison » aurait été prononcé (souvent) prématurément. Ce qui caractérise en effet le lupus, ce n'est point tant le côté morbide apparent, nous voulons parler de l'infiltration, de la tuméfaction, de l'ulcération, du suintement, des croûtes, des squames ; l'élément caractéristique est le lupome ou nodule tuberculeux, souvent très profondément enchâssé dans le derme. C'est là le centre de résistance de l'affection, le rem-

part que doit viser le praticien et que le rayon X ne réussit point toujours à pénétrer efficacement.

Contre l'ulcération tuberculeuse, des doses souvent infimes sont employées, 1 H, 2 H, nous n'avons jamais dépassé 4 H, à la fois, nous filtrons souvent ; une période de traitement si courte, si peu intense soit-elle, est toujours suivie d'une période de repos. Presque toujours, les premières irradiations sont suivies d'une amélioration remarquable autant que rapide ; il suffit alors d'une nouvelle dose, généralement moins importante que la première, ne la dépassant jamais, en tous cas, pour achever l'œuvre de la première application.

Avec le lupus, des difficultés surgissent, souvent insurmontables : la variété des traitements qu'on lui oppose témoigne bien, du reste, la ténacité de cette affection.

Les différentes techniques utilisées dans le traitement du lupus peuvent se ramener à trois classes :

- 1° La méthode ulcéreuse, destructive, caustique ;
- 2° La méthode sèche, douce ;
- 3° La méthode mixte.

Méthode destructive : Employée surtout au début de la radiothérapie, cette méthode atteint son but par des doses massives données d'emblée, jusqu'à 20 H, ou par des doses moyennes, dont les effets se surajoutent.

Les rayons X, agissant comme un caustique, peuvent produire une nécrose des nodules lupiques, dans certains cas ; mais à quel prix ! la radiodermite intense, excessivement douloureuse, en est la pre-

mière conséquence. La plaie formée met souvent un an pour arriver à complète cicatrisation. La cicatrice qui succède à l'ulcération est parfois très acceptable, mais souvent elle se modifie dans la suite. La peau devient dure, épaisse, atrophique, lardacée et se couvre par places de telangiectasies plus ou moins marquées. En somme, résultat peu esthétique qui mérite considération dans le cas de lésion siégeant à la face.

D'autre part, il n'est pas rare de voir survenir, un an, deux ans, quelquefois trois ans après ces applications intenses, des altérations tardives aboutissant à une ulcération avec escarre et chacun sait avec quelle lenteur se réparent ces lésions.

Enfin le résultat curatif n'est pas toujours satisfaisant : rarement les lupomes sont tous détruits ; les plus profonds, pour n'être plus apparents, n'en persistent pas moins, cachés, de la profondeur du derme, sous une cicatrice qui empêche de les dépister. La récurrence ne tarde pas à se manifester en bordure.

Méthode douce : Cette méthode consiste à doser la quantité de radiations et à conduire le traitement de façon à éviter toute réaction violente ; la dose appliquée est de 3-4 unités H, au radiomètre Sabouraud-Noiré ; les irradiations sont faites le plus souvent sans filtre, parfois avec filtre de très faible épaisseur.

Avec cette technique, on observe dans la plupart des cas une amélioration indiscutable ; les ulcérations ne tardent pas à être remplacées par une cicatrice blanche, fine et lisse, de meilleur aspect.

L'expérience montre que les rayons X ainsi utilisés n'ont pas d'effet direct sur les éléments tuberculeux ; ils ne détruisent pas les nodules lupiques mais favorisent, par leur action sclérogène, la régression des tubercules ; ils modifient le terrain sur lequel ils évoluent. On arrive ainsi à isoler les lupomes, il ne reste plus qu'à les détruire par une méthode appropriée.

La méthode mixte, enfin, compte à son actif quelques résultats appréciables. L'élément associé est variable, finsentherapie, scarifications, électrolyse négative peuvent utilement concourir à aider la Rœntgentherapie. Scholtz associe radiothérapie et pommade pyrogallique. Ehrmann, avant l'irradiation, procède à l'application d'un emplâtre de résorcine et au décapage de la région ; chez nous, le curettage de la surface lupique est souvent pratiqué avant la séance radiothérapique ; les scarifications tiennent lieu de sensibilisatrice.

Les résultats n'en restent pas moins précaires, difficiles et incomplets.

On voudra bien nous pardonner, croyons-nous, la digression que nous nous sommes permise au sujet du lupus comparé à l'affection qui fait l'objet de notre travail. Il ne nous a pas paru sans intérêt, après avoir parlé de leur communauté d'origine, de leur communauté de champ d'action, d'en souligner le caractère nettement différent vis-à-vis de l'agent thérapeutique.

Et si, dans un cas, après avoir passé en revue toute la gamme des traitements, nous restons embarrassé pour désigner le meilleur, le plus sûr, nous avons dans le second, celui de l'ulcération tuberculeuse, la satisfaction d'avoir fourni des résultats concluants en faveur de la méthode que nous recommandons : la Roëntgenthérapie.

CONCLUSIONS

1° La plupart des manifestations cutanées de la tuberculose ont été soumises à l'épreuve du traitement radiothérapique.

2° Toutes ont réagi sous l'influence des irradiations, mais avec des sensibilités différentes.

3° Le lupus s'est montré le plus résistant ; on a noté de nombreuses améliorations, les guérisons sont rares, le traitement nécessite une longue série d'irradiations, réparties sur une longue période.

Les gommes sont moins résistantes, mais exigent des doses assez fortes ; il en est de même des formes verruqueuses diffuses.

Le tubercule anatomique cède assez facilement et guérit avec des doses modérées.

Ce sont surtout les ulcérations tuberculeuses de la peau et des muqueuses qui se sont montrées le plus sensibles.

4° Ces ulcérations très rebelles à la plupart des

traitements locaux guérissent rapidement et complètement avec des doses faibles de rayons X.

5° La technique consiste à irradier les ulcérations avec des rayons de moyenne pénétration, ne dépassant pas 5° à 6° Benoist, nus ou filtrés seulement sur 5/10 ou 10/10 d'aluminium.

La dose administrée à chaque séance varie de 1 H à 4 H au maximum.

6° Les résultats obtenus montrent la restitution *ad integrum* de la peau, souple, normale, sans adhérences, sans modification de coloration, sans aucune cicatrice apparente.

7° La radiothérapie paraît donc être la méthode de choix pour le traitement des ulcères tuberculeux de la peau et des muqueuses.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER.

Vu :

LE DOYEN DE LA FACULTÉ,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 21 décembre 1921.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERT-WEIL. — Eléments de radiologie. Librairie Félix Alcan, Paris, 1920).
- ADENOT. — Origine osseuse de quelques tuberculoses cutanées ulcérées. *Annales de dermatologie*, 1895, page 617.
- AUDRY. — Ulcérations tuberculeuses de la peau. *Annales de dermatologie*, 1897, p. 594.
- AUGÉ. — Lupus tuberculeux et radiothérapie. *Bulletin de l'Association française pour l'avancement des sciences*, novembre 1904.
- BAILLY SALIN. — Un cas de lupus guéri par les rayons X. *Bulletin de l'A. F. A. S.*, Dijon, 1911.
- BARJON. — Lupus de la face guéri par les rayons X. *Lyon chirurgical*, décembre 1905.
- BELOT. — Traité de radiothérapie.
- BORDIER. — Technique radiothérapique.
- BELOT et JEAUGEAS. — Radiothérapie du lupus vulgaire. *Société de radiologie*, novembre 1909.
- BROCQ. — Traité de dermatologie pratique. Doin, éditeur.
- BROCA et CHARRIN. — Traitement des tuberculoses cutanées par le sérum de chien tuberculeux. *Annales de dermatologie*, juillet 1896.

- DANLOS. — Traitement des tuberculoses cutanées par le radium et le permanganate de potasse. *Annales de dermatologie*, 1902, p. 493.
- Tuberculose cutanée et phtisie consécutive. *Annales de dermatologie*, 1899, p. 235.
- DARBOIS. — Traitement du lupus tuberculeux par la radiothérapie et la photothérapie combinées. *Bulletin de la Société française de dermatologie*, mai 1907.
- DU CASTEL. — Tuberculose ulcéreuse de la peau. *Annales de dermatologie*, 1896, p. 365 et 372.
- E. FEIBES. — Traitement des ulcérations tuberculeuses par le nitrate acide de Hg. *Annales de dermatologie*, 1897, p. 939.
- F. FILETI et LA MENSA. — Sérum de Maragliano dans les tuberculoses cutanées. *Annales de dermatologie*, 1898, p. 109.
- FRANÇOIS. — Le traitement du lupus par les nouvelles méthodes. Congrès international de la Tuberculose, Paris, 1905.
- FOVEAU DE COURMELLES. — Action thérapeutique de la lumière. *Archives de thérapeutique de Paris*, 1901.
- FINSEN. — Traitement du lupus par les rayons chimiques concentrés. *Semaine médicale*.
- FREUND. — Guérison radicale du lupus et de la carie des os par les rayons X. *Wiener Klinische Wochenschrift* n° 9, 1914.
- EYNARD. — Traitement chirurgical des tuberculoses cutanées. Thèse de Paris, 1899.
- GANTOIS. — Traitement des ulcérations tuberculeuses de la peau par le MNO⁴K. Thèse de Lille, 1902.
- GEBHARDT. — Sul potere curativo della luce.
- GASTON et DOMINICI. — Traitement des ulcérations tuberculeuses par le calomel. *Annales de dermatologie*, 1897, p. 740.
- GASTON-VIEIRA et NICOLAU. — Traitement des ulcérations tuberculeuses de la peau par les rayons X. *Annales de dermatologie*, 1902, p. 1021.
- HALLOPEAU et RIBOT. — Traitement des ulcérations tuberculeuses. *Annales de dermatologie*, 1902, p. 611.

- JULIEN. — Tuberculose cutanée ulcéreuse. *Annales de dermatologie*, 1895, p. 299.
- KLINGMULLER. — Tuberculose de la peau et des muqueuses. *Annales de dermatologie*, 1904, p. 1134.
- LEREDDE. — La photothérapie et ses applications à la thérapeutique des affections cutanées. *Bulletin général de thérapeutique de Paris*, 1901.
- MILLOZ. — L'héliothérapie comme traitement de la tuberculose articulaire. Thèse de Lyon, 1899.
- DE NOBELE. — Traitement du lupus par les rayons X. *Annales d'électrobiologie*, 1900.
- NOGIER. — Electrothérapie.
- UDIN et ZIMMERN. — Radiothérapie. Radiumthérapie. Photothérapie.
- PESME. — Traitement des tuberculoses extérieures fistulisées et des tuberculoses cutanées. Thèse de Paris, 1901.
- PAVIE. — Injections intra-musculaires de calomel dans les tuberculoses cutanées. Thèse de Paris, 1898.
- SCHIFF. — Traitement du lupus par les rayons X. *Société viennoise de dermatologie*, juin 1897.
- VALLAS. — Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau. Thèse de Lyon, 1887.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	7
PREMIÈRE PARTIE	
CHAPITRE PREMIER. — Ulcérations tuberculeuses typiques et atypiques.....	9
CHAPITRE II. — Les différents traitements des ulcéra- tions tuberculeuses avant l'emploi des rayons X ...	17
DEUXIÈME PARTIE	
CHAPITRE PREMIER. — La radiothérapie	28
CHAPITRE II. — Technique.....	35
OBSERVATIONS	38
CHAPITRE III. — L'ulcération tuberculeuse comparée au lupus dans la radiothérapie.....	54
CONCLUSIONS.....	63
BIBLIOGRAPHIE.....	65

TRÉVOUX. — IMPRIMERIE J. JEANNIN
